IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 154)
z dnia 9 marca 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 154)

9 marca 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat diagnostyki i leczenia przewlekłych chorób nerek.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lech Cierpka** konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej, **Ryszard Gellert** konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, **Sebastian Irzykowski** wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, **Iwona Mazur** prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych, **Andrzej Oko** prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz **Tomasz Prystacki** ekspert Pracodawców RP.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie. Otwieram posiedzenie Komisji. Szanowni państwo, witam członków Komisji. Witam pana ministra ze współpracownikiem. Witam bardzo serdecznie zaproszonych gości, szczególnie pana profesora Gellerta, którego widzę już na ekranie...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Dzień dobry państwu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

...a który zaraz będzie miał prezentację w zakresie dzisiejszego posiedzenia. Jednak zanim przejdziemy do procedowania, przypomnę, że to posiedzenie jest prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. Musimy też sprawdzić kworum. Proszę o uruchomienie procedury głosowania. Proszę o przyciśnięcie dowolnego przycisku.

Stwierdzam, że mamy kworum. Proszę, aby głosowanie nad kworum było jeszcze przez jakiś czas otwarte.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji na temat diagnostyki i leczenia przewlekłych chorób nerek. Przedstawia minister zdrowia. Szanowni państwo, zapytam jeszcze na tym etapie, czy ktoś ma uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty.

Zanim przejdziemy do procedowania – to jest pierwsze posiedzenie Komisji Zdrowia w dniu dzisiejszym – chciałbym, abyśmy przez chwilę uczcili pamięć ofiar na Ukrainie. Dziękuję bardzo. Na Ukrainie toczy się straszna wojna. Myślę, że niech to będzie naszym dobrym zwyczajem, aby właśnie w ten sposób każdego dnia rozpoczynać pracę w Komisji.

Przechodzimy zatem do realizacji porządku dziennego. Proszę najpierw o wystąpienie pana ministra Macieja Miłkowskiego. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, materiał został państwu przekazany w dniu wczorajszym. Jest z nami konsultant krajowy – pan przewodniczący już go powitał. Jesteśmy z Narodowym Funduszem Zdrowia i z dyrektorem Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia. Co bardzo istotne w zakresie dzisiejszego posiedzenia...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, przepraszam. Nie powitałem przedstawicieli NFZ-etu.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Jeśli chodzi o przewlekłą niewydolność nerek, to rozpoznanie w tym zakresie jest bardzo proste. Rozwój choroby następuje w bardzo długim okresie i to, co pan profesor, nasz konsultant zawsze mówi – przez bardzo wiele lat ludzie z tym normalnie żyją. Choroba nie boli, ale jest leczona zdecydowanie za późno. Za mało rozpoznaje się przewlekłej niewydolności nerek.

Żeby ją rozpoznać, wykonuje się badania wstępne, ogólne moczu, stężenie kreatyniny w surowicy, stężenie w surowicy sodu, potasu, chlorków, węglowodanów, glukozy, morfologię krwi i USG nerek, a później ustalamy przyczynę i rodzaj przewlekłej niewydolności nerek, ocenę nasileń zaburzeń metabolicznych czy obecności czynników ryzyka postępu przewlekłej niewydolności oraz powikłań, ponieważ są w różnym zakresie. Przeważnie są to powikłania kardiologiczne, ale również inne.

Jeśli chodzi o inne badania, to wykonuje się również EKG, rentgen klatki piersiowej, badanie obrazowe układu moczowego innego niż USG oraz w późniejszym okresie biopsję nerki czy badania genetyczne w neuropatiach wrodzonych. Aktualnie leczenie obejmuje postępowanie przyczynowe hamujące postęp choroby i zapobiegające powikłaniom oraz przygotowanie do leczenia nerkozastępczego, jako ostateczne. Oczywiście bardzo istotnym elementem leczenia jest transplantacja nerek w tym zakresie.

Tak jak powiedziałem, bardzo istotnym elementem jest dializoterapia. Ta choroba w pewnym momencie kończy się przewlekłą dializoterapią lub przeszczepem nerki od żywego lub zmarłego dawcy. W 2020 r. pacjentów, którzy rozpoczynali leczenie dializoterapią, było mniej niż w roku 2019, zresztą mieliśmy też mniej przeszczepień narządów w 2020 r. i 2021 r. W 2019 r. mieliśmy 912 przeszczepień, w 2020 r. – 740, a w ubiegłym roku już 701. Osoby, które są w Polsce dializowane, to są głównie osoby po 65 r.ż. Większość z tych osób ma cukrzycę, bo cukrzyca jest główną przyczyną rozwoju przewlekłej niewydolności nerek.

I jeszcze, jeśli chodzi o dializoterapię, to w Polsce mamy bardzo wysoki udział hemodializoterapii. W stosunku do wszystkich pacjentów leczonych dializami 95% to są pacjenci, którzy mają dializoterapię, niecały 5% to pacjenci, którzy mają dializę otrzewnową. Co istotne, w okresie covidowym te osoby były narażone na zakażenie i ciężki przebieg, w szczególności w tym pierwszym okresie, w pierwszym roku. Bardzo istotnymi powikłaniami były zgony pacjentów hemodializowanych, czyli ryzyko zgonu po zachorowaniu było bardzo istotne. To była jedyna grupa, która nie mogła przerwać leczenia – trzy razy w tygodniu zawsze musieli jeździć. W związku z tym ryzyko zakażenia w tej grupie było i jest zawsze bardzo istotne.

Tak jak powiedziałem, w ubiegłym roku było mniej przeszczepów, ale było również mniej osób kwalifikowanych do transplantacji. Wczoraj mieliśmy posiedzenie na temat rozwoju medycyny transplantacyjnej. Tak jak państwo słyszeli, pomimo różnych ocen Najwyższa Izba Kontroli przedstawi raport, ale w pewien sposób chwaliła medycynę transplantacyjną, że wiele dobrych rzeczy się dzieje.

Jeśli chodzi o leczenie i diagnozowanie, to, tak jak powiedziałem, w rozpoznawaniu i skierowaniu do leczenia specjalistycznego główną rolę odgrywa medycyna rodzinna, ale największe ponoszone koszty to lecznictwo szpitalne. To są dwie główne grupy jednorodnych grup pacjentów I84. Występuje podział na dwa rodzaje pacjentów – powyżej 65 r.ż. i poniżej 65 r.ż. oraz leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego i leczenie przewlekłej niewydolności nerek w trybie szpitalnym, a także procedury transplantacyjne przeszczepowe. Jest też bardzo istotny element monitorowania pacjentów po przeszczepieniu nerki. Pacjenci przez całe życie, do końca, otrzymują leczenie immunosupresyjne i są w sposób szczególny monitorowani już do końca życia. Tak więc to są te główne elementy, które chciałbym przedstawić.

Aktualnie są dwa elementy, które są procedowane w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pierwszym jest zakończony proces retaryfikacji świadczeń związanych z transplantologią. Nerki są również w tym zakresie. Jeśli chodzi o drugi

element, to trwają prace związane z kompleksową koordynowaną opieką przeddializacyjną nad pacjentami. Celem jest opóźnienie rozpoczęcia opieki dializacyjnej, która jest najdroższa w całym tym procesie. Jesteśmy też w trakcie podejmowania ważnych decyzji, które ośrodki powinny zajmować się tą specjalistyczną opieką, czy wykorzystać ośrodki dializacyjne, które są rozpowszechnione równomiernie na całym terytorium kraju, czy ośrodki nefrologiczne, które również przygotowują pacjentów do transplantacji, w jaki sposób to ułożyć. Na pewno pierwszy element rozpoznania wczesnego jest bardzo istotny, bo zmniejsza koszty, polepsza klinicznie sytuację pacjentów.

Co istotne, z panem prof. Gellertem uruchomiliśmy też kolejne programy lekowe, które wydłużają okres do rozpoczęcia dializoterapii czy wydłużają okres do konieczności rozpoczęcia dializoterapii. Pan profesor o tym powie, ponieważ po pierwszym okresie na pewno miał zrobić badanie i przedstawić raport, który będzie publikowany w czasopiśmie recenzowanym. Dziękuję bardzo serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz poproszę o zabranie głosu przez pana prof. Gellerta, konsultanta krajowego. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie ministrze, panie dyrektorze, bardzo dziękuję za to, że mamy szansę jako środowisko nefrologiczne i środowisko pacjentów z chorobami nerek przedstawić państwu obraz tego, co się dzieje w zakresie tej właśnie patologii.

Przewlekła choroba nerek to jest zespół chorób nerek, które doprowadzają do nieodwracalnego uszkodzenia tego nieco tajemniczego, nieznanego większości narządu, bardzo ważnego dla przeżycia, o czym za chwilę powiem.

Jestem naprawdę bardzo, bardzo zobowiązany. Nerki to nie jest temat, który porusza się przy stole. Państwo wiecie, że o sercu się mówi, o cukrze się mówi, o glukozie, diecie. O nerkach się nie mówi, jakoś tak. Tymczasem my mamy jutro Światowy Dzień Nerek. To jest ogromne święto dla 4 680 000 dorosłych Polaków, którzy mają przewleką chorobę nerek i oczekiwany czas ich życia jest przez to skrócony co najmniej o 30%. Ta choroba, jak pan minister Miłkowski wspaniale przedstawił większość zagadnień, zabija bowiem po cichu i przed czasem. Ludzie umierają przedwcześnie. 95% osób chorych na nerki nie wie o tym, że ma taką chorobę.

To jest choroba nierozpoznawana, bowiem nie daje żadnych dolegliwości. Owszem, w późniejszych okresach człowiek czuje się nieco bardziej wyczerpany, zmęczony, może częściej miewa bóle głowy, leczy się na nadciśnienie tętnicze, reguluje cukrzycę, ale nie wie, że ma chore nerki. Taka choroba trwa 20–30 lat, jak wspominał pan minister Miłkowski. Problemem jest to, że co drugi pacjent z tych kilku procent, które dożywają do schyłkowej niewydolności nerek, do leczenia nerkozastępczego – 52% nie wie o tym, że ma chorobę nerek po 20–30 latach leczenia u lekarzy. Proszę państwa, jest to coś, co jest bardzo tragiczne.

Dlaczego? Dlatego, że choroba postępuje powoli. Kiedy przekroczymy pewien punkt krytyczny, wtedy kiedy pacjent straci 60% czynności nerek, jego oczekiwany czas przeżycia skraca się do 20%. Krótko mówiąc, mamy do zaoferowania, przez wcześniejsze rozpoznanie i właściwe leczenie, połowę czasu oczekiwanego życia. Dla kogoś, kto ma lat 40, to jest 20 lat życia, a dla kogoś, kto ma lat 60, to jest 10 lat życia. To są twarde dane potwierdzone międzynarodowymi badaniami. Tyle możemy społeczeństwu zaoferować, a nie oferujemy tylko i wyłącznie dlatego, że nikt nie rozpoznaje przewlekłej choroby nerek, chociaż jak wspomniał pan minister, jest to proste.

Ci ludzie nie tylko przedwcześnie umierają, co przynosi ogromne straty, nie chowają swoich dzieci, nie widzą swoich wnuków idących na studia. To są ogromne straty społeczne. Ocenia się, że gdybyśmy leczyli właściwie i rozpoznali właściwie przewlekłą chorobę nerek, średni czas życia w Polsce wydłużyłby się o mniej więcej 2 lata. Tymczasem co roku według różnych wskaźników tracimy od 80 do 100 tys. osób, które umierają przedwcześnie. Umierają w czasie pełni sił witalnych, kiedy mogliby jeszcze wiele ofia-

rować swoim rodzinom i społeczeństwu. To jest skala zagadnienia, o której mówimy i z którą próbujemy walczyć.

Dializoterapia to jest ostateczność. Przeszczepianie nerek to jest ostateczność, to bardzo wysoki koszt ponoszony przez społeczeństwo za to, że nie robimy wcześniejszej interwencji. My dzisiaj nie chcemy mówić o dializowaniu, z jednym małym wyjątkiem, żeby pokazać, jak bardzo wkład ministerstwa, Narodowego Funduszu Zdrowia i również Sejmu, może pomóc.

Otóż, proszę państwa, kiedy wybuchła epidemia, śmiertelność wśród naszych pacjentów zakażonych covid była 40 razy wyższa niż w społeczeństwie. Szybko nauczyliśmy się z tym walczyć, wdrożyliśmy odpowiednie procedury, dzięki wsparciu pana prezesa Filipa Nowaka, pana prezesa Bernarda Waśko z NFZ-etu, ale przede wszystkim siedzącego tutaj pana Dzięgielewskiego, dyrektora ds. lecznictwa. Ogromne podziękowania, bo to ich interwencja przede wszystkim zadziałała tak, że mogliśmy wdrożyć wiele, wiele przedsięwzięć w odpowiednim czasie.

Średnia infekcyjność pacjentów dializowanych w roku 2020 – mamy bardzo dokładne dane – była trzy razy większa niż ogólnej populacji. Śmiertelność niestety też była trzy razy większa niż ogólnej populacji, a więc szansa na to, że pacjent dializowany umrze wskutek zarażenia covidem była 9-krotnie wyższa – 3 razy 3 – w porównaniu z populacją. To było ogromne... Wtedy właśnie, między innymi dzięki interwencjom osób, o których wspomniałem, doszło do tego, że nasi pacjenci jako jedni z pierwszych dostali szczepionki. Proszę państwa, dzięki temu, że szczepiliśmy ich wcześniej, że pełna wyszczepialność wynosi w tej chwili 90–91% w zależności od województwa, że personel jest w znakomitej większości wyszczepiony, na dzień dzisiejszy z dumą mogę powiedzieć, że czwarta i piąta faza infekcji nie istniała u tej bardzo wrażliwej grupy osób. Grupy, która potrafiła mieć 40 razy większą śmiertelność. W tej chwili śmiertelność z powodu covidu jest dokładnie taka jak przed epidemią. Skasowaliśmy nadumieralność u tych pacjentów.

Co więcej, zakażenia w fazie trzeciej i czwartej fali trafiały się z częstością 1,2, czyli o 20%, a nie o 300% więcej, jak przed epoką szczepień. To jest magia szczepień, ale też magia sprawności i zrozumienia po stronie władz, za co bardzo serdecznie dziękuję w imieniu wszystkich dializowanych oraz zespołów diagnostyczno terapeutycznych, które opiekują się tymi osobami.

I tyle właściwie chciałbym powiedzieć o dializowanych pacjentach. Leczonych hemolizami było ich dokładnie 18 347, a leczonych dializami otrzewnowymi – 700. W związku z tym to było razem 19 047 osób na dzień 1 stycznia br. Mamy te dane bardzo, bardzo dokładnie policzone.

O przeszczepach powiedział już pan minister Miłkowski, ale jest jeszcze jedna rzecz, którą chcę bardzo podkreślić – zasługi osobiste pana ministra Miłkowskiego dla leczenia tej grupy osób. To dzięki panu ministrowi Miłkowskiemu w ostatnich latach i naszej współpracy mogłem z okazji jutrzejszej uroczystości Światowego Dnia Nerek zorganizować sesję, którą nazywam „farmakorewolucja w nefrologii”. Dzięki tym staraniom pana ministra Miłkowskiego mamy prawdziwą rewolucję. Mamy wszystkie leki, które są potrzebne. Może jeszcze nie w takiej ilości, która byłaby potrzebna, ale jest pełna dostępność do najnowocześniejszego leczenia. Nie możemy powiedzieć, że nie mamy dostępu do leków. Jest to dobrze kontrolowane. Miałem okazję chwalić się tymi osiągnięciami na Światowym Kongresie Nefrologicznym, który odbył się w Kuala Lumpur. Ja tam byłem za pośrednictwem internetu oczywiście, ale mówiłem w imieniu całej społeczności polskich nefrologów. Tak, mamy programy, których wdrożeniem możemy się chwalić na całym świecie. To jest ogromne, ogromne osiągnięcie.

Jednak to, co nam zostało, proszę państwa, a właściwie, na czym powinniśmy się skupić jako nefrolodzy, to ratowanie własnych nerek pacjenta. Nefrolog to jest człowiek, który ma leczyć nerki pacjenta, a nie leczyć sztuczną nerką czy nawet cudzą nerką. To jest ogromne osiągnięcie nefrologii, że potrafimy to robić, ale naprawdę klęską systemu opieki zdrowotnej i medycyny jest to, że aż tyle osób traci życie i zdrowie wskutek nierozpoznanej, przewlekłej choroby nerek.

Tymczasem ta choroba się rozwija. Jeszcze niedawno mówiliśmy, że 4 mln osób mają przewlekłą chorobę nerek. Teraz już wiemy, że jest ich 4,7 mln. Częściowo tylko jest

to wynik starzenia się społeczeństwa i starzenia się nerek. Na całym świecie liczba osób z przewlekłą chorobą nerek gwałtownie rośnie. Muszę powiedzieć, że są przewidywania Global Burden of Disease, że w roku 2040, czyli już całkiem niedługo, to będzie piąta przyczyna zgonów na świecie. Nas to czeka i najprawdopodobniej będzie czwartą przyczyną, jeżeli nie zrobimy czegoś teraz.

Wspomniany przez pana ministra Miłkowskiego program, który został opracowany jeszcze przed okresem epidemii, nie wymaga dodatkowych środków finansowych. Epidemia przerwała niestety ten proces. Nazwijmy go Nefkos albo Kosnef, jak koordynowana opieka specjalistyczna nefrologia. My to nazywaliśmy koordynowaną opieką nefrologiczną. Wymaga tylko reorganizacji, przesunięcia środków finansowych, które już i tak są zaangażowane, żeby wcześniej rozpoznawać chorobę, żeby właściwie leczyć tę chorobę i żeby pacjentów, którzy tracą nerki, było jak najmniej.

Moglibyśmy zmniejszyć liczbę pacjentów o połowę, oferować ludziom przeciętnie 20 lat życia. Proszę państwa, to jest coś, o co moim zdaniem warto walczyć, zwłaszcza że jest to zmiana organizacyjna, a nie zwiększająca wydatki finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia na leczenie naszych pacjentów. Jak pan minister Miłkowski wspominał, środki są bardzo proste. Poświęciliśmy na to mnóstwo czasu. Mamy bardzo dokładne dane. Mamy też bardzo dokładne opracowania, między innymi takie opracowanie dla województwa kujawsko-pomorskiego – bardzo szczegółowe konsekwencje przewlekłej choroby nerek. My to wszystko wiemy.

Bardzo dziękujemy za to, co zostało zrobione. Bardzo dziękujemy za to, że przeszczepy się odbywają – 716 przeszczepów w zeszłym roku, mimo pandemii, mimo wszystko. Mamy ogromne kłopoty logistyczne związane z kwalifikowaniem pacjentów do przeszczepienia nerki. To jest z naszej strony, środowiska nefrologicznego, bohaterstwo, bo tak naprawdę, gdybyśmy zostawili sprawy własnemu biegowi i wystawiali tylko skierowania na badania niezbędne do przeszczepienia, to przeszczepów nerek w Polsce byłoby zero. Mamy za długie kolejki. Mamy zbyt skomplikowany sposób kwalifikowania, uzyskiwania niezbędnych informacji, po to żeby pacjent mógł być bezpiecznie poddany przeszczepieniu. To jest do naprawienia i my wiemy, jak to zrobić. W tym programie jest to dokładnie powiedziane.

Proszę państwa, kosztowne leczenie – 1,2 mld co najmniej wydajemy tylko i wyłącznie na leczenie dializami dla niecałych 20 tys. osób w każdym momencie życia. W sumie, proszę państwa, 24 tys. osób przewija się przez stacje dializ. Mogłoby ich być zdecydowanie mniej, gdyby udało się zreformować chociaż trochę opiekę przeddializacyjną i rozpoznawać wcześniej przewlekłą chorobę nerek. Ta choroba jest powszechna – 4 mln z 32 mln dorosłych. To jest bardzo powszechny problem.

Jeśli są potrzebne dodatkowe szczegóły techniczne, bo starałem się narysować tylko ponury obraz z optymistycznym wydźwiękiem, to jeśli dalej będziemy mogli współpracować z panem ministrem Miłkowskim, z panem dyrektorem Dzięgielewskim, z AOTMiT-em oczywiście, który ciągle jest w to włączony, i z Narodowym Funduszem Zdrowia, to szybko możemy pokazać rezultaty, tak jak pokazaliśmy rezultaty korzystnej współpracy w zwalczaniu covidu, który praktycznie przestał u nas istnieć. To nie znaczy, że chorzy nie chorują, ale przestał być to problem. Tak jak opanowaliśmy leczenie wielu chorób, które przedtem zabijały, a w tej chwili są leczone. Wiemy jak, wiemy czym. Leki są, zespoły są, ale zespoły zaczynają być zniechęcone, odchodzą z pracy, a nefrologia – i to mówię już jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego – jest najszybciej zanikającą specjalizacją, do której chcą pretendować młodzi lekarze. Dziękuję państwu za uwagę i mam nadzieję na dalsze wsparcie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, otwieram dyskusję, tak jak w dniu wczorajszym, bez podziału na posłów i zaproszonych gości. Każda osoba, która chciałaby zabrać głos, bardzo proszę. Na razie nie widzę zgłoszeń... Bardzo proszę. Pan prof. Cierpka. Bardzo proszę, panie profesorze.

Konsultant krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej Lech Cierpka:

Jestem konsultantem krajowym w dziedzinie transplantologii klinicznej. Słuchałem szanownego pana prof. Gellerta i w całości się zgadzam z wnioskami dotyczącymi nefrologii.

Chciałbym skoncentrować się głównie na problemie kwalifikacji pacjentów do transplantacji, który jest duży. Wiadomo, że wycena leczenia nerkozastępczego dializoterapią i transplantacją wychodzi generalnie na korzyść transplantacji. To znacznie przewyższa koszty. Należy więc dążyć u chorych przede wszystkim do transplantacji, bo dializoterapia jest wyceną dużo droższą.

Pan profesor wspomniał, że zwiększa się liczba chorych z powodu chorób nerek, coraz więcej ludzi choruje na nerki, a okazuje się, że jednocześnie spada liczba transplantacji. Czyli tym samym koszt leczenia tych chorych znacznie wzrasta, liczba oczekujących na transplantację, liczba wykonywanych transplantacji spada. Jak państwo widzieli, to też są liczby, które pokazał pan profesor Gellert. Liczba chorych na listach oczekujących do transplantacji stosunkowo maleje. Gdzieś jest problem.

Kwalifikacją do transplantacji zajmują się oddziały dializoterapii i oddziały nefrologiczne. To są te główne ośrodki donacyjne, które umieszczają chorych na liście oczekujących. Taki pacjent musi przejść przez rejonowy ośrodek kwalifikacyjny, który między innymi podlega mojej osobie we wszystkich ośrodkach transplantacyjnych. Tam następuje ostateczna kwalifikacja.

Cały problem gdzieś tkwi, a wiadomo, że jeśli tkwi, to jest to problem finansowania tej kwalifikacji, ponieważ te kwalifikacje to cały panel badań diagnostycznych. To są badania coraz bardziej kosztowne, które spadają na tego, kto kwalifikuje, a więc oddziały dializacyjne, oddziały nefrologiczne, a tam finansowanie jest bardzo ubogie. Dotyczy na przykład tylko jednej kwalifikacji, a wiadomo, że część chorych już wymaga drugiej i trzeciej kwalifikacji. Wtedy kombinuje się na oddziałach transplantacyjnych, lecząc, kwalifikując tych chorych, podpisując pod różne jednostki chorób nefrologicznych. Czyli główny problem, który widzimy prof. Gellert i ja, to finansowanie.

Jeżeli nie poprawimy finansowania kwalifikacji w oddziałach dializacyjnych, w oddziałach nefrologicznych i w oddziałach tam, gdzie są rejonowe ośrodki kwalifikacyjne, a więc w ośrodkach transplantacyjnych, to nie poprawimy finansowania tych chorych poprzez zwiększenie liczby transplantacji. Jednocześnie ten problem, jak widać, będzie coraz bardziej narastał. Tak więc moim zdaniem należałoby się skoncentrować na leczeniu tych chorych – oczywiście mówił to prof. Gellert – ale by nie dopuszczać już tych chorych do leczenia nerkozastępczego. A jeżeli już dojdzie do leczenia nerkozastępczego, to doprowadzać do krótkiej dializoterapii i jeżeli to jest możliwe, kwalifikować tych chorych jak najszybciej do transplantacji.

W Stanach Zjednoczonych na transplantację nerki oczekuje się 3–5lat. U nas, o dziwo, 6–9 miesięcy. Ta lista oczekujących jest bardzo króciutka. Dlatego w Stanach Zjednoczonych liczba pacjentów szuka sobie w obrębie rodziny dawców rodzinnych i występują przeszczepy dawców rodzinnych. U nas czeka się na transplantację od dawcy zmarłego. Czas oczekiwania jest bardzo krótki, dlatego u nas 5% przeszczepów jest od dawców rodzinnych, a w Stanach Zjednoczonych 40–50%. Widać więc, jakie są różnice i jakie paradoksy. Rośnie liczba osób z chorymi nerkami, maleje liczba transplantacji, rosną koszty leczenia, bo dializoterapia jest coraz droższa, lista oczekujących na transplantację jest krótka. Gdzieś jest jakiś korek. Wydaje mi się, że tym „korkiem", w cudzysłowie mówiąc, jest problem kwalifikacji, a on wynika chyba z finansowania tych kwalifikacji. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Czy pan przewodniczący pozwoli, że odniosę się do słów pana prof. Cierpki?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panowie profesorowie, ja bym chciał, żeby jednak była dyskusja z udziałem posłów, bo taka jest idea tego posiedzenia Komisji. Mam już zgłoszenia, więc później udzielę

głosu, bo będą pytania do państwa kierowane. Tak więc bardzo bym prosił, żebyśmy tę formułę utrzymali. Bardzo proszę, pani poseł Masłowska.

Poseł Gabriela Masłowska (PiS):

...za odrobinę optymizmu w tym wszystkim. Oczywiście doceniamy także wkład naszego ministerstwa, pana ministra Miłkowskiego, ale chciałabym zapytać.

Skoro przyczyną takiego rozpowszechnienia choroby jest późna rozpoznawalność, to co można zrobić, panie profesorze, żeby to zmienić? Z czego to wynika? Czy brak świadomości, czy badania lekarskie są zawężone? Przecież pacjenci leczą się na różne choroby. Sama tego doświadczyłam, że w bardzo późnym okresie stwierdzono u mnie pewne problemy z nerkami, o czym nie wiedziałam. Sami badający byli zdziwieni, że do tej pory nikt mi o tym nie powiedział. Tak więc, panie profesorze, proszę powiedzieć króciutko, co można zrobić, żeby ten stan rzeczy zmienić, żeby ta rozpoznawalność była wcześniejsza. Jak pan sądzi, co należałoby zmienić? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan... Od razu mówię, panie profesorze, zbierzemy pytania i na koniec będą odpowiedzi. Bardzo proszę, pan prezes Irzykowski.

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Sebastian Irzykowski:

Dzień dobry. Panie przewodniczący, dziękuję za głos. Dzień dobry panie ministrze, dzień dobry, panie profesorze. Moje pytanie będzie skierowane po części do pana ministra, a po części do pana profesora, bo rozmawiamy o tym, w jaki sposób udrożnić naszą opiekę nefrologiczną nad pacjentami. Sam od ponad 20 lat jestem aktywnie pracującym pielęgniarzem w stacji dializ, w oddziale nefrologicznym, więc wszystkie problemy, o których tu państwo wspominacie, doskonale znam z autopsji, z mojej pracy zawodowej.

Potwierdzam to, o czym mówili pan profesor i pan minister. Rzeczywiście postęp, który się dokonał, jest ogromny i jakość leczenia pacjentów jest na pewno o niebo wyższa niż 20 lat temu, ale zmierzamy do problemów związanych z deficytami kadrowymi. Pan profesor wspomniał o tym, że nefrologów w systemie jest coraz mniej, że jest to szybko starzejąca się grupa, że lekarzy chętnych do podejmowania tej specjalności jest niewielu. To jest rzeczywiście fakt, może więc należałoby pomyśleć o tym – teraz skieruję moje słowa do pana ministra Miłkowskiego – że mamy w systemie dużą grupę pielęgniarek nefrologicznych, dializacyjnych o bardzo bogatym doświadczeniu, bardzo bogatej wiedzy i poszerzających się cały czas kompetencjach? Może należałoby również tę grupę wykorzystać, aby troszkę wspomóc lekarzy nefrologów?

Pewne czynności, które są związane z wczesną diagnostyką czy z wczesnym leczeniem pacjentów, moglibyśmy na siebie przejąć, a lekarze mogliby się skupić na czynnościach bardziej zaawansowanych, chociażby takich jak kwestie związane z kwalifikacją do przeszczepu, które są bardzo pracochłonne, wymagają bardzo dużej wiedzy specjalistycznej i dużej dokładności w zgłaszaniu pacjentów, także w kwestii tego, co dzieje się w podstawowej opiece zdrowotnej. Myślę, że tutaj mamy duży problem, jeżeli chodzi o proste tak naprawdę badania, czyli poziom mocznika, kreatyniny, ocenę stanu ogólnego pacjenta, czy nie pojawiają się obrzęki, czy nie ma nadciśnienia. Takie proste objawy, które pielęgniarka obserwuje u pacjentów w swojej codziennej pracy. To jest jakby powrót do naszych próśb, do naszych oczekiwań od Ministerstwa Zdrowia dotyczących udrożnienia porad pielęgniarskich.

Może należałoby pomyśleć również o tym, że w tym zakresie porada nefrologiczna powinna być częścią większej porady czy elementem oddzielnym, czy elementem jakiegoś dużego programu profilaktycznego, który mógłby zaoferować na przykład Narodowy Fundusz Zdrowia? To jest kwestia do dyskusji, do rozważenia przez państwa, w zależności od posiadanych przez nas zasobów i środków, ale taki głos w dyskusji do państwa kieruję i mam nadzieję, że on zostanie dostrzeżony.

I jeszcze jedna, krótka uwaga, jeżeli chodzi o kwestię opieki nad pacjentami nefrologicznymi dializowanymi. O tym na razie jeszcze żaden z panów nie wspomniał. To jest kwestia wieku pacjentów dializowanych, bo jednak kwestia dostępności do leczenia... Teraz leczy się każdego pacjenta bez względu na to, w jakim on jest wieku, jakie schorzenie dodatkowe towarzyszy niewydolności nerek, a kiedyś były pewne ograniczenia. Teraz

ten pacjent jest leczony praktycznie do samej śmierci, nie ma z tym żadnego problemu. Jednak kwestia opieki, ciężkości opieki i dodatkowych schorzeń przekłada się na ciężkość oddziałów nefrologicznych i ciężkość opieki nad pacjentem dializowanym. Tak więc na ten element też chciałbym zwrócić uwagę. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Następną osobą, która chciała zabrać głos, jest pani Iwona Mazur, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych. Bardzo proszę.

Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych Iwona Mazur:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na spotkanie. Zajmuję się pacjentami od prawie 20 lat. Na pewno troszkę inaczej na to patrzymy w porównaniu z lekarzami, ale podstawowym elementem jest przede wszystkim opieka koordynowana, wczesne wykrycie choroby i edukacja społeczeństwa – zgadzam się w pełni z tym, co powiedział pan prof. Gellert. Myślę, że to jest najistotniejsze.

Z tego co widzimy, narzędzia już są, bo jest program „Profilaktyka 40 plus", gdzie są dostępne badania w kierunku niewydolności nerek, myślę, że praktycznie mniej do zastosowania dla samych pacjentów, ale u lekarzy pierwszego kontaktu. Tylko trzeba tę informację udostępnić. Ludzie muszą o tym wiedzieć. Jest 4,5 mln Polaków narażonych na przewlekłą chorobę nerek, czyli co ósmy z nas. Każdy wokół siebie ma kogoś zagrożonego chorobą, ale nie ma tej świadomości. No i przede wszystkim ta podstawowa opieka zdrowotna. Myślę, że ciężar wykrycia powinien spoczywać na lekarzach pierwszego kontaktu. Grupy ryzyka są bardzo proste, jasne. Raz w roku wykonanie badania w kierunku niewydolności nerek u pacjentów z grupy ryzyka nie jest chyba problemem, nie jest czymś trudnym do wykonania. Tak więc profilaktyka, edukacja.

Wiem z doświadczenia z pacjentami, że wśród pacjentów świadomych, którzy współpracują z lekarzami, wyniki leczenia naprawdę są zupełnie inne. Przede wszystkim kwestia zapobiegania nefroprotekcji. To potrafi być 20 lat, jeżeli pacjent jest świadomy i wie, co ma robić, żeby zapobiegać konieczności leczenia nerkozastępczego. Normalnie żyje, normalnie funkcjonuje, normalnie pracuje. Wbrew pozorom jest wielu młodych pacjentów, którzy pracują i mogliby normalnie żyć, normalnie funkcjonować, tylko oni nie mają tej świadomości. Tak jak pan profesor powiedział, większość pacjentów po prostu nie wie o chorobie, nie jest prowadzona przez nefrologa latami. Przy wykryciu choroby jest już pełnoobjawowa toksemia i należy natychmiast rozpocząć leczenie nerkozastępcze, żeby pacjent przeżył. Tak jak wiemy, 95% pacjentów ginie z powodu braku diagnozy. Tak więc jest to ogromny problem, ogromne zadanie.

Wydaje mi się, że POZ absolutnie powinien być uwrażliwiony. W innych krajach, z tego co wiem, lekarze są w jakiś sposób gratyfikowani za wczesne wykrycie choroby. Nie wiem, czy to jest gratyfikacja finansowa, czy gratyfikacja punktowa. Myślę, że gdyby coś takiego u nas wprowadzić, to dałoby to naprawdę dobre efekty. Wtedy pacjent może jeszcze przez wiele lat normalnie funkcjonować, stosując nefroprotekcję, wiedząc o chorobie.

Z mojego doświadczenia – też kwestia zaopiekowania się pacjentem, kwestia podejścia holistycznego, że pacjent jest świadomy choroby, współpracuje i ma dużą pomoc. Pacjenci są w różnym wieku, ja mówię głównie o tych pacjentach, którzy z nami współpracują. To są w większości ludzie młodzi, świadomi, prowadzący normalne życie, karierę naukową czy zajmujący się wnukami, jeżeli to są osoby starsze. Tak więc kwestia po prostu podania ręki i ułatwienia, ale przede wszystkim wczesne wykrycie.

Proszę państwa, od wielu lat prowadzimy akcję edukacyjną. Tworzymy webinary, zresztą współpracuje z nami cały zespół nefrologów, konsultantów wojewódzkich. To są tematy zadawane przez pacjentów. Jest więc już duża biblioteka informacji na naszej stronie, na stronach powiązanych. Jeżeli pacjent szuka, to znajdzie odpowiedź, ale musi o tym wiedzieć. Dlatego problem współpracy z mediami... Taka informacja nie jest przekazywana społeczeństwu. To musi być akcja ogólnospołeczna. Musi być informacja o ogromnym zagrożeniu, że 4,5 mln Polaków jest zagrożonych przewlekłą chorobą nerek, z czego 95% ginie z powodu niewiedzy o chorobie. To jest szalenie ważne i my nie jesteśmy w stanie tego zrobić. To jest zadanie dla instytucji państwowych, żeby o tym mówić.

Proszę państwa, według informacji, jakie do mnie doszły, aktualnie refundacja hemodializy jest trzecia najniższa w Europie, więc przy tej kwocie jest możliwe tylko zastosowanie zabiegu ratującego życie, nic poza tym. A to nie jest tylko zabieg hemodializy, który ratuje życie. To jest wsparcie dietetyka, psychologa, asystenta i przede wszystkim edukacja pacjentów, żeby mogli współpracować w leczeniu, i właśnie cała profilaktyka...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Gdybym mógł prosić o skrócenie trochę wypowiedzi.

Prezes OSOD Iwona Mazur:

Myślę, że już powiedziałam te najistotniejsze rzeczy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Właśnie tak.

Prezes OSOD Iwona Mazur:

Bardzo proszę o zwrócenie uwagi na takie holistyczne podejście do pacjenta i przede wszystkim edukację społeczną, bo to jest choroba cywilizacyjna. Dziękuję państwu bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę teraz o zabranie głosu pana prof. Andrzeja Oko, prezesa Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego Andrzej Oko:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, bardzo dziękuję za zaproszenie na posiedzenie tej Komisji, poświęcone niezwykle istotnemu problemowi pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, problemowi niedocenionemu. Moje rozumienie tego problemu jest zbieżne z tym, co powiedział pan prof. Gellert, konsultant krajowy, a także z tym, czego przed chwilą wysłuchaliśmy od pani Iwony Mazur, bardzo zaangażowanej w opiekę nad pacjentami, zwłaszcza leczonymi nerkozastępczo dializami.

Pan prof. Cierpka mówił o korku, który się tworzy przed kwalifikacją pacjenta do transplantacji. Problem jak zwykle jest złożony i zaczyna się od niedostatecznej identyfikacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek na poziomie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Polskie Towarzystwo Nefrologiczne we współpracy z konsultantem, prezesem Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, zainicjowało szeroko zakrojoną ogólnopolską akcję wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, mającą na celu właśnie wczesne rozpoznawanie przewlekłej choroby nerek wśród osób, które są objęte opieką tych lekarzy. Postanowiliśmy zorganizować kurs dla lekarzy rodzinnych, aby wiedzieli, w jaki sposób zwrócić uwagę, jakimi narzędziami diagnostycznymi się posługiwać, aby tych pacjentów identyfikować. Jeśli to odniesie skutek, to myślę, że już będziemy mieli pierwszą pozytywną rzecz, a mianowicie będziemy wiedzieli, który pacjent rzeczywiście jest chory na nerki i który będzie kierowany do dalszej diagnostyki.

Jednak tu tworzy się następny próg, a mianowicie niedostateczna liczba poradni nefrologicznych. Poradnie nefrologiczne są zbyt słabo finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, procedury medyczne są nisko wycenione. W zasadzie nie opłaca się takich poradni tworzyć, ponieważ musimy sobie zdać sprawę z tego, że pacjent z przewlekłą chorobą nerek poza badaniem klinicznym i fizykalnym wymaga wielu dodatkowych badań laboratoryjnych, które są kosztowne, ale muszą być wykonane, aby bezpiecznie prowadzić tego pacjenta. Tu więc tworzy się niestety ten niesławny korek, potem już diagnostyczno-terapeutyczny.

Oczywiście z powodów głównie organizacyjnych, o czym wspomniał pan prof. Gellert, kuleje także kierowanie następnie pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą nerek, czy to w okresie przeddializacyjnym, czy w okresie już leczenia nerkozastępczego, do przeszczepienia nerki. Dlatego idea, którą pan prof. Gellert lansuje od już nie wiem ilu lat, stworzenia koordynowanej opieki nefrologicznej ma na celu, aby te niedoskonałości, te przeszkody, jeśli chodzi o identyfikację i prowadzenie pacjentów, zostały pokonane.

Mam nadzieję, że ten program wreszcie wejdzie w życie, a to powinno zaowocować, po pierwsze, lepszą opieką nefrologiczną nad pacjentami, u których rozpoznamy przewlekłą chorobę nerek. Tych, których nie będziemy potrafili skutecznie uchronić przed

schyłkową niewydolnością, powinniśmy w sposób sprawny kwalifikować do leczenia nerkozastępczego dializami, a zwłaszcza transplantacją nerek, która – zgadzamy się wszyscy – jest najlepszą metodą leczenia nerkozstępczego i w sumie najtańszą. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Proszę o zabranie głosu pana Tomasza Przytackiego, Pracodawcy RP. Bardzo proszę.

Ekspert Pracodawców RP Tomasz Prystacki:

Dzień dobry, panie przewodniczący. Prystackiego, ale dziękuję bardzo.

Mam kilka uwag, jeśli państwo pozwolicie, bo rysując obraz dializoterapii, nefrologii, musimy sobie też powiedzieć o sprawach, które są w tym momencie ciężkie dla tej dziedziny. Myślę, że jedną z takich rzeczy, o których nie możemy zapomnieć, jest brak dodatków dla personelu, jeśli chodzi o covid. To powoduje czy powodowało wielkie rozczarowanie. To ludzie, którzy leczyli pacjentów od początku, jak wspominał pan minister Miłkowski. To są ludzie, którzy nie odeszli od łóżek pacjentów, leczyli covid od początku, nie przerywali, nie ustawiali tych pacjentów w kolejce. A jeśli chodzi o legislację, o dodatki covidowe, to zostali pominięci.

Druga sprawa. Jeśli państwo pozwolicie, nawiążę do kwestii personelu i tego, dlaczego borykamy się z takimi problemami. Borykamy się z takimi problemami, bo w wycenie agencji, wycenie ministerstwa i NFZ-etu wynagrodzenie pielęgniarki w stacji dializ to 3200 zł, proszę państwa. W wycenie, jeśli chodzi o procedurę, 3200 zł. Jeśli państwo jesteście w stanie znaleźć w Polsce pielęgniarkę gotową do pracy za 3200 zł, to proszę ją przysłać. Myślę, że 99% stacji dializ chętnie by taki personel przyjęło.

Kolejna rzecz to kwestia transportu. W procedurze hemodializoterapii zawarty jest transport. To jest integralna część. Państwo widzicie, jak wygląda teraz cena paliwa. Możecie państwo sobie wyobrazić, co zaraz będzie się działo, jeśli chodzi o stacje dializ.

Myślę, że ważne i godne podkreślenia jest to, o czym wspominali pan prof. Gellert i bodajże pan minister Miłkowski. Dwa tygodnie zajęło stacjom dializ wyszczepienie pacjentów do poziomu 92%, czyli prawie wszystkich, których udało się przekonać.

Jeszcze w nawiązaniu do tego, co mówili pan prof. Gellert, pan prof. Oko i pan prof. Cierpka – proszę państwa, musimy sobie zdać sprawę z tego, że w wycenie hemodializoterapii czy dializy otrzewnowej kwota przeznaczona na kwalifikację do transplantacji wynosi równe zero. Zero comma null. Zatem jak wspominał pan prof. Gellert, każdy pacjent kwalifikowany, każda umówiona wizyta, każde użycie personalnych, bezpośrednich kontaktów to jest zasługa lekarza. To jest zasługa pielęgniarki. To jest zasługa ludzi, którzy walczą o tych pacjentów. Myślę, że powinno to tutaj wybrzmieć.

Jeśli chodzi o opiekę koordynowaną, raport był przygotowany, proszę państwa, trzy czy cztery lata temu. Takie są dane. Nie podzielam optymizmu pana prof. Gellerta, że uda się wdrożyć opiekę koordynowaną, nie zwiększając kosztów, bo tak jak wspominałem, jeśli chodzi o transport, jeśli chodzi o płace personelu, istnieje pilna konieczność dostosowania tego do realiów.

Na koniec chcę jeszcze raz w imieniu całego środowiska podziękować, bo myślę, że to warto powiedzieć, panu prof. Gellertowi, ministerstwu, GIS-owi i panu prof. Oko za to, w jaki sposób przeprowadzili całą dializoterapię przez ten ciężki okres. Proszę państwa, my w tej chwili w Polsce leczymy 10% pacjentów mniej. To jest dwa razy mniej na milion niż w Niemczech, dwa razy mniej na milion niż w Hiszpanii, dwa razy mniej niż w Czechach, a włączamy ich tyle samo. To wybitnie i dobitnie pokazuje, że niestety jakość opieki przeddializacyjnej, o czym wspominał pan profesor Gellert, jest bardzo słaba i wymaga natychmiastowej poprawy.

Niemniej jednak myślę, że na tę chwilę palącym problemem jest dostosowanie wyceny hemodializy do kosztów, które są obecnie ponoszone przez stacje dializ publiczne i niepubliczne. Ostatnia wycena to jest 2013 r. Na przestrzeni dziewięciu lat koszty personelu, transportu, wywozu śmieci, mediów i paru jeszcze innych rzeczy diametralnie wzrosły, a to jest procedura wybitnie kosztochłonna. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Nie widzę w tej chwili innych zgłoszeń... A, widzę. Pan doktor, pan poseł Hardie-Douglas. I jeszcze pan przewodniczący Hoc będzie chciał zabrać głos. Bardzo proszę, pan poseł.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Staram się zrozumieć problem, o którym mówił pan prof. Cierpka, to znaczy, że rośnie liczba chorych z niewydolnością nerek, a nie rośnie odpowiednio liczba przeszczepów. Rozumiem, że to w tej chwili wygląda tak, że jednak większość pacjentów jest badana pod kątem przeciwwskazań do przeszczepu przez lekarzy stacji dializ. Z tych stacji dializ ta informacja powinna pójść do regionalnego ośrodka kwalifikacyjnego, a stamtąd trafić na Krajową Listę Osób Oczekujących na Przeszczepienie. Moje pytanie jest proste, czy lekarze stacji dializ mogą wykonywać te badania określające ewentualne przeciwwskazania, czy muszą je wykonywać? Czy jest obowiązek badania pod kątem możliwości przeszczepienia nerki u każdego chorego dializowanego, czy jest to pewna dowolność, jeżeli chodzi o opiekę nad tymi chorymi dializowanymi przez lekarzy stacji dializ? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Hoc, proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Będę kontynuował temat rozpoczęty przez pana doktora Hardiego-Douglasa. Mianowicie wiemy, że przeszczep nerek dwukrotnie wydłuża życie pacjenta w porównaniu z dializami. Co więcej, praktycznie polepsza jakość życia. Czyli przewaga przeszczepu nad dializoterapią, która oczywiście jest potrzebna i konieczna, jest niepodważalna.

Dlatego mam pytanie w aspekcie niskiego odsetka chorych zgłoszonych do transplantacji nerek. Panie ministrze, czym to jest spowodowane? Oczywiście teraz możemy to usprawiedliwiać pandemią, ale przedtem zgłaszalność do transplantacji nerek była równie niska. W aspekcie tego, co pan doktor mówił, czy jest tu jakiś podświadomy, nie powiem, konflikt interesów, ale jakieś podświadome wydłużanie ewentualnej dializoterapii? Jeszcze raz mówię, wiadomo, że przewaga przeszczepów nerek jest niepodważalna.

Drugie pytanie. Pan prof. Gellert podał bardzo dramatyczną statystykę – 80 do 100 tys. osób rocznie umiera przedwcześnie z powodu przewlekłej niewydolności nerek. To jest olbrzymia liczba. To jest zatrważająca liczba. Szczerze mówiąc, jeśli tak jest, a tak jest, to musimy podjąć zdecydowane kroki, żeby temu zapobiec. A więc nie tylko profilaktyka. Sam widzę np. w poradni endokrynologicznej, że bardzo mało lekarzy redukuje dawki leków, podczas gdy w Polsce jest dość powszechnie spotykana polipragmazja. Widzę, że jest podwyższona kreatynina – nawet 1,7 czy 2,0 mg – i na przykład nikt nie koryguje dawek leków, które czasami są bardzo istotne. Trzeba zredukować, bo są wydalane przez nerki itd. Czyli profilaktyka oprócz diety i różnego rodzaju leków. Trzeba też zwrócić uwagę na pewnego rodzaju działania w aspekcie lekarzy rodzinnych czy też lekarzy innych poradni.

I trzecie moje pytanie – ciąża a przeszczepy nerek. Wiadomo, że są panie w stanie błogosławionym w aspekcie przeszczepu nerek, ale czy panowie profesorowie prowadzicie jakąś statystykę możliwości czy też ewentualnie bardzo skrupulatnej opieki w przypadku pań, które zachodzą w ciążę po przeszczepach nerek, bo wiadomo, że jest leczenie immunosupresyjne. Natomiast wiemy, że są przypadki zdrowych dzieci urodzonych przez panie, które mają przeszczepy nerek. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na koniec ja też zadam pytanie czy odniosę się do kilku kwestii, które tu zostały poruszone.

O kilku ważnych sprawach w dniu dzisiejszym powiedzieliśmy. Cieszę się z tego powodu, że mogliśmy odbyć to posiedzenie Komisji w dniu dzisiejszym, w przededniu Światowego Dnia Nerek. Myślę, że po kolei. Na ważny element teraz, na końcu, zwrócił uwagę pan przewodniczący.

Szanowni państwo, nawiązując do tego, o czym mówiła przedtem pani Iwona Mazur, bez wsparcia i zaangażowania lekarzy rodzinnych nie przekroczymy pewnej efektywności, nie poprawimy tego, jeżeli chodzi o wczesne wykrywanie chorób nerek, a także właściwe postępowanie lecznicze w innych chorobach. To, o czym wspomniał przed chwilą pan poseł, pan przewodniczący, jest niezwykle ważne z punktu widzenia właściwego podejścia lekarzy rodzinnych.

Przypomnę, że mamy też wprowadzony ponad pół roku temu zestaw badań profilaktycznych po 40 r.ż. W ramach tego, jeżeli pamiętam, jest chyba poziom kreatyniny, chociaż nie jestem pewien. Tu pan dyrektor kiwa głową, że jest. Być może można zrobić coś jeszcze dodatkowego, aby poszerzyć liczbę osób, u których będziemy mogli wcześniej wykryć nieprawidłowości związane z chorobami nerek. To pierwsza sprawa.

Liczba osób, które giną z powodu przewlekłych chorób nerek, jest rzeczywiście porażająca w kontekście nawet tych liczb, które znamy z pandemii. Z tymi nadmiarowymi zgonami, o których wielokrotnie dyskutowaliśmy, możemy powiedzieć, że w kilku dziedzinach medycyny, w tym między innymi jeżeli chodzi o choroby nerek, mamy do czynienia permanentnie i od lat, zresztą pewnie nie tylko my, ale w innych krajach na świecie, nie z powodu pandemii, tylko z powodu tego, że nie potrafimy odpowiednio wcześnie wykrywać i wdrażać leczenia. To oczywiście dotyczy i innych dziedzin medycyny. W każdym z tych przypadków możemy mówić tak naprawdę o tysiącach nadmiarowych zgonów. Dlatego tak ważne jest odpowiednie podejście ze strony nas wszystkich do tej problematyki.

Odnośnie do dializ i wyceny dializ, chcę przypomnieć państwu, że pewnie z kilkanaście lat temu toczyliśmy dyskusję również tutaj, na posiedzeniu Komisji, mniej więcej w takim kontekście. Wycena dializoterapii, której wtedy było bardzo dużo... To chyba jeszcze czasy, tak sobie przypominam, nie wiem, czy kiedy pan poseł Sośnierz był prezesem... Gdy objął funkcje prezesa, zastał wycenę na bardzo wysokim poziomie i relatywnie było bardzo dużo... Nieomal jak grzyby po deszczu powstawały małe stacje dializ, ponieważ ta procedura była bardzo dobrze wyceniona, a siłą rzeczy spadała liczba przeszczepów.

Mówiąc więc o wycenie, która oczywiście musi być realna, musimy też pamiętać, patrząc w skali makro, że my też kreujemy niestety pewne efekty terapeutyczne, efekty podejmowania takich, a nie innych terapii i takich, a nie innych decyzji, oczywiście nie patrzę przez pryzmat pojedynczego pacjenta. Zatem właściwa wycena tak, natomiast pamiętajmy o tym, o czym tu już mówili przede wszystkim panowie profesorowie – zdecydowanie lepsze dla pacjenta w sensie możliwości przeżycia, nie mówiąc o komforcie funkcjonowania, ale także od strony ekonomicznej jest jak najszersze wspieranie przeszczepów.

Wreszcie, szanowni państwo, mówiąc o pewnych działaniach profilaktycznych, prozdrowotnych, także pewnej edukacji, to ja myślę, że mamy w tej dziedzinie wiele do nadrobienia jako całe społeczeństwo. My mamy podkomisję do spraw zdrowia publicznego. Kwestiami zdrowia publicznego jeszcze nie raz będziemy się zajmować, również na posiedzeniu Komisji, robiliśmy to w przeszłości. Musimy choćby powoli, mozolnie zmieniać pewne złe nawyki, które są w naszym społeczeństwie, a które przekładają się między innymi, bo teraz mówimy o problemie przewlekłych chorób nerek...

Wreszcie na koniec, żeby nie przedłużać, odniosę się do głosu przedstawiciela Pracodawców RP. Szczerze mówiąc, jestem zaskoczony, bo wydawało mi się, że związkowcy – to jest ich prawo – mają prawo, a może nawet obowiązek na pewne elementy, również związane z wynagrodzeniami, patrzeć może i nieobiektywnie. Myślę, że przedstawiciel Pracodawców RP powinien być na bieżąco i wiedzieć chociażby o stawkach minimalnych, które zostały przyjęte przez polski Sejm, nie mówiąc o tym, co jest tak naprawdę na rynku. Przyznam szczerze, że nie wiem, skąd te stawki, które myślę, że jeżeli dotyczą kogoś w tym zakresie, w tej wysokości, to naprawdę bardzo niewielkiej grupy, ponieważ płace w tej chwili kształtują się na zupełnie innym poziomie. Nie twierdzę, że to nie wymaga jeszcze dalszych korekt, ale na pewno nie na tym poziomie, o którym pan mówił, zwłaszcza mówiąc o płacy brutto, bo rozumiem, że przedstawiciel Pracodawców nigdy nie będzie mówił o płacy netto, tylko o płacy brutto. To tyle.

Teraz może poproszę o odpowiedzi na pytania. Proponowałbym, aby na te pytania odpowiedzieli zarówno pan prof. Gellert, jak i pan minister. Mam taką propozycję, żebyśmy może zaczęli od pana profesora, a na koniec pan minister podsumuje całość i odpowie na resztę pytań. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Panie przewodniczący, bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Jestem bardzo, bardzo rad, że tyle głosów i takie zainteresowanie wzbudził temat. Wprawdzie za wszelką cenę starałem się uniknąć dyskusji o schyłkowej niewydolności nerek, która budzi tyle emocji. Trudno się dziwić, bo to jest kwestia bardzo srogiej procedury. Dużo bardziej zależało mi na tym, żeby opowiedzieć o skali problemu i wyzwaniach na przyszłość, to był główny cel mojego wystąpienia. Celowo pomijałem przeszczepianie nerek, celowo pomijałem transplantację.

Chcę powiedzieć, że te 3200 zł, o których mówił pan prezes Prystacki, bierze się z ceny, która została wstawiona do wyceny przez AOTMiT w 2013 r. Odpłatność za hemodializę od 2013 r. nie zmieniła się, a więc również podstawa finansowa płac się nie zmieniła, co nie znaczy, że pielęgniarki tyle zarabiają w stacjach dializ. Jakoś trzeba było te pieniądze wygospodarować.

Druga rzecz. Chciałbym też przypomnieć, że jeśli chodzi o rozwój stacji dializ i dializoterapii, to on nie tyle zależy od stawki kapitacyjnej, którą płaci NFZ, ile zależy od potrzeb, bo nikt nie dializuje pacjentów, których nie ma. To jest jedna rzecz. Chciałbym powiedzieć że na całym świecie liczba pacjentów dializowanych narasta. W Polsce stosunkowo wolno, tylko o 1,8% rocznie, narastała liczba pacjentów dializowanych do roku 2017, a potem się ustabilizowała nawet bez pandemii.

Wreszcie chciałbym przejść do tego tematu przeszczepianie/nieprzeszczepienie. To jest bardzo prosta rzecz. Chcemy tych pacjentów poddać przeszczepieniu jak najwcześniej, ale pacjenci umierają nie tylko na dializach. Umierają również w okresie przeddializacyjnym. Liczba pacjentów zmniejszyła się w pandemii nie tylko wskutek tego, że umarli w czasie dializ, bo była zwiększona śmiertelność, ale umierali pacjenci również w okresie przeddializacyjnym i liczba pacjentów kwalifikowanych do dializ zmniejszyła się znakomicie. Z tym że jest to ostatni element.

Chciałbym powiedzieć, odpowiadając panu przewodniczącemu Hocowi, że my tymi pacjentami zajmujemy się tak, że oni potrafią znakomicie robić... Pan przewodniczący wyszedł na chwilę, więc ja za chwilę wrócę do tego tematu, a pozwolę sobie powiedzieć o tej logistyce, o której rozmawialiśmy.

Pan poseł Hardie-Douglas pytał o to, czy oceniają. Lekarze są zobowiązani od każdego pacjenta przyjąć informację o tym, czy chce być poddany przeszczepieniu i czy zrobi wszystko, żeby ewentualnie wykluczyć elementy, które sprzeciwiają się możliwości przeszczepienia nerki. To jest przede wszystkim taki wymóg, to jest robione przez każdego lekarza. Są z tego rozliczani przez swoich przełożonych. Tak to funkcjonuje. Zespół konsultantów wojewódzkich bardzo tego pilnuje. Mamy bardzo dokładne obliczenia, z którego województwa chorzy są kwalifikowani lepiej, gorzej. Podejmujemy odpowiednie działania korekcyjne.

Proszę państwa, jeśli chodzi o ciążę, to ciąże zdarzają się nie tylko u pacjentek poddanych przeszczepieniu, ale również u pacjentek dializowanych. Mogę powiedzieć z dumą, że w moim ośrodku z tych kilkunastu ciąż, które prowadziliśmy u pacjentek dializowanych codziennie, nie straciliśmy ani jednego dziecka. To jest efekt na skalę światową. Nie straciliśmy ani jednej ciąży, nie straciliśmy ani jednego dziecka. One rodzą się w tej chwili między 35. a 37. tygodniem ciąży. To jest ogromny postęp. Potrafimy to robić, robimy to po prostu, chociaż teoretycznie NFZ nie powinien za to płacić, bo NFZ przewiduje w tygodniu tylko trzy dializy, a nie sześć, tak jak wymaga pacjentka, która jest dializowana przewlekle i w ciąży. O tym naginaniu mówiliśmy wystarczająco dużo. Nie chciałbym do tego wracać.

Chciałbym przede wszystkim odpowiedzieć na pytanie pani poseł Masłowskiej, czemu tak późno – bowiem nikt nie jest zainteresowany. Proszę państwa, pacjent nie skarży się, że ma problem z nerkami. Pacjent nie wie o tym, pacjent się nie domaga, a lekarz

nie widzi powodu, dla którego miałby to zrobić, więc dlaczego miałby to robić. To jest choroba podstępna, której trzeba aktywnie szukać i tej aktywności brakuje. Walczymy o nią. Rozmawiamy jako środowisko nefrologiczne z lekarzami rodzinnymi – sam jestem lekarzem rodzinnym – i wiele takich rzeczy podejmujemy, ale tak jak pan przewodniczący powiedział, to jest masowa skala. Jest absolutnie jasne, że wszyscy chcielibyśmy tych pacjentów uchronić przed dializami, uchronić przed przeszczepieniem, a nie rozwijać transplantologię, bowiem lepszy jest kawałek własnej nerki niż cała sztuczna albo cudza. Naprawdę. My w to głęboko wierzymy. Nie znam nefrologa, który miałby inną opinię. Chcemy ratować własne nerki pacjentów. Z musu robimy tę całą resztę, ale wtedy już jest za późno.

Dlaczego? Proszę państwa, pacjenci do opieki nefrologicznej, do poradni nefrologicznej są kierowani w znakomitej większości – to są dane NFZ-etu, mogę je pokazać w każdej chwili – na 230 dni przed rozpoczęciem dializoterapii. Mamy czas tylko na to, żeby tym pacjentom wyrównać niedokrwistość i przygotować do leczenia nerkozastępczego. Proszę mi wierzyć, że chcielibyśmy w tym czasie zakwalifikować do przeszczepienia, ale nie da się, i to nie ze względów finansowych, badań, nie badań – logistyka wysiada.

Proszę państwa, jesteśmy ograniczeni wieloma barierami nakładanymi przez rozliczanie poszczególnych procedur. Do procedury musi być doktór i jeżeli on w danym czasie zajmuje się poradnią nefrologiczną, to nie może być w oddziale. Nie może, będąc w oddziale, przyjąć pacjenta, chociaż ma czas. Nie, bo w tym czasie nie jest przewidziany do pracy gdzieś indziej. Tę logistykę chcemy usprawnić, bo nas jest mało. Powinniśmy być bardziej efektywnie wykorzystani, nie jesteśmy.

Walczymy głównie o to, żeby usprawnić proces kwalifikowania pacjentów do właściwego leczenia, np. do wytworzenia przetoki tętniczo-żylnej. Prosty zabieg, który kiedyś nefrolodzy wykonywali w gabinecie zabiegowym, w tej chwili wymaga skierowania pacjenta do chirurga naczyniowego, który musi mieć dostępną salę i za tani zabieg musi się wziąć razem z anestezjologiem. To nikomu się nie opłaca w taki sposób, bo jest to za kosztowne. Musimy zatrudnić anestezjologa do tego, żeby wykonać zespolenie tętniczo-żylne na nadgarstku. Rany gościa, doszliśmy do absurdu! My te absurdy chcielibyśmy zmienić.

Mało tego, jeżeli pacjent trafia z niewydolnością nerek do lekarza, który nie ma dużego doświadczenia z takimi pacjentami, to wyniki leczenia czy choćby założenia przetoki są dużo gorsze niż wtedy, kiedy trafia na kogoś, kto umie to robić, bo robi to masowo. Tych pacjentów nie jest dużo – 6 tys. rocznie trafia na dializy, czy 4 tys. jak w zeszłym roku – ale jeżeli popatrzymy, że oni się rozmywają po całej Polsce i trafiają do ludzi, którzy nie mają wielkiego doświadczenia, to nie możemy zoptymalizować terapii. Nie możemy dać ekspertyzy z odpowiednią koncentracją. A przecież wszyscy o tym mówimy: musimy mieć ludzi, który wstawiają protezy stawu biodrowego w odpowiedniej ilości, bo inaczej tracą umiejętności. To samo dotyczy wielu procedur nefrologicznych, właśnie o to walczymy i o to prosimy – pomóżcie nam i naszym pacjentom.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos panu ministrowi, mogę tylko, pewnie w imieniu nas wszystkich, dołączyć do tego apelu, bo padło na początku, panie ministrze, bardzo wiele ciepłych słów pod pana adresem. Rzeczywiście wiele rzeczy udało się zrobić państwu, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, więc aż prosi się wykonać ten kolejny krok i usprawnić to, co jeszcze wymaga usprawnienia. Padło wiele logicznych stwierdzeń i argumentów, więc warto tylko się spotkać i wszystkie, pewnie już teraz drobne rzeczy, usprawnić i poprawić. Namawiam gorąco do tego i oddaję panu głos.

Podsekretarz stanu w MZ Maciej Miłkowski:

Oczywiście zawsze jestem zdania, że warto rozmawiać i na pewno część rzeczy zrobimy – część szybciej, część wolniej, w zależności od tego, jak to jest trudne. Tak jak powiedziałem, jeśli chodzi o sprawy transplantacyjne, przygotowanie transplantacji, to przygotowywanie wycen jest już na końcowym etapie. Nie chcemy być oszczędni w kwalifikacji do przeszczepu i w pobraniach, tak więc ta wycena trwa, o co zwracał się pan

prof. Cierpka, który odpowiada za transplantologię, ale nie tylko nerek, bo i innych narządów.

Pan poseł Hoc mówił, że transplantacja nerek jest najbardziej kosztowo efektywna w stosunku do dializoterapii. Oczywiście całkowicie się zgadzamy, tylko że i tak bardzo duża liczba osób ze względów medycznych ma bezwzględne przeciwwskazania do przeszczepienia, w związku z tym tych osób i tak nie można byłoby zakwalifikować do transplantacji. W związku z tym możemy tylko porównywać te grupy, które mogłyby mieć przeszczepienie.

I to, co tu się pojawiało. Pan profesor mówił o 4,7 mln osób, które chorują, które często są niezdiagnozowane. To do takiej liczby osób – wiele osób z państwa mówiło – nie ma możliwości niewykorzystania dobrego POZ-etu, dobrych badań przesiewowych w POZ-ecie, właśnie to 40 plus. Ale w ramach standardu postępowania lekarzy rodzinnych, bo inaczej się nie da, i prowadzenia pacjentów na wstępnym etapie, bo tak jak była mowa – nie ma tylu specjalistów, żeby prawie 5 mln osób prowadzić czasowo kilka razy do roku w tym zakresie.

Jeśli chodzi o wycenę, pan Tomasz Prystacki mówił, że w 2013 r. pan minister Marian Zembala jeszcze nie podpisał porozumienia o dodatkowym wynagrodzeniu dla pielęgniarek, w związku z tym dodatkowo około 2500 zł szło z odrębnego źródła finansowania. Od ubiegłego roku poszło to jako dodatek finansowany obok świadczenia zdrowotnego. Tak więc te środki finansowe były zagwarantowane jako dodatkowe środki. Nie wszystkie zawody miały to tak właśnie odrębnie finansowane, ale jeśli chodzi o znalezienie dodatkowych zakresów dla pielęgniarek, które są wykorzystywane w stacji dializ czy w oddziałach, to jeśli znajdziemy takie rozwiązanie, jak mogłyby się te osoby... Na pewno jeśli będzie standard postępowania u lekarzy POZ-etu, to w badania laboratoryjne przesiewowe akurat lekarz nie musi być zaangażowany w pełnym zakresie. Pielęgniarka może to prowadzić.

Co jeszcze? Ustalenie organizacji. Pan prof. Gellert przed chwilą powiedział, że jest problem w organizacji zakwalifikowania pacjenta, kto kwalifikuje. Było pytanie pana posła Douglasa, czy ma obowiązek – tak, ma obowiązek, ale być może w znaczącej mierze też trzeba umożliwić przeddializacyjnie wizytę u lekarza nefrologa, który nie prowadzi pacjentów dializacyjnych, a który przygotowuje pacjentów do przeszczepu, żeby jednak spojrzeć na ten punkt kwalifikacji lub dyskwalifikacji pacjenta.

Tak więc na ten temat będziemy na pewno pracowali i też na pewno parę drobnych rzeczy transplantacyjnych zrobimy niezwłocznie. Bardzo często pracujemy w okresach kwartalnych. Myślę więc, że te drobne rzeczy można zrobić na 1 lipca br. Dziękuję bardzo serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widząc ponowne zgłoszenia niektórych osób, które brały udział w dzisiejszym posiedzeniu Komisji, chcę poinformować, że tutaj nie ma formuły polemik. Pan minister kończy omawianie punktu, podsumował go, więc ja już nie udzielę ponownie głosu. Stwierdzam, że...

Konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii Ryszard Gellert:

Panie przewodniczący, pozwoli pan podziękować sobie, panu ministrowi, panu dyrektorowi i wszystkim uczestniczącym w tym spotkaniu.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja również dziękuję wszystkim osobom, które zabierały głos. Dziękuję panu profesorowi za ważny udział i inicjatywę, jeżeli chodzi o tę tematykę.

Szanowni państwo, wyczerpaliśmy porządek dzienny. Zamykam posiedzenie.